

ご家庭での様子を記入してください。

ご記入日： 年 月 日

利用者名前

生年月日

才

男/女

主訴・要望／			
現在の利用しているサービス			
通所／	訪問介護／		
訪問リハ／	訪問看護／		
かかりつけ医／	内服 内服動作／自立／服薬確認／服薬介助		
1、	有／無 介助方法／		
2、	有／無 点眼薬／有・無		
3、	有／無 内容・回数：		
最終受診：	受診病院（医院）：		
受診内容：			
受診時に医師より注意事項、体調変化について制限がありましたらご記入ください。			
内容：			
糖尿病の方：前回入所時より血糖値の変動はありませんでしたか？ なし・あった			
最新の血糖値：			
1日の過ごし方			
起床：	朝食：	昼食：	夕食：
午前：		午後：	
就寝：		入浴：	
生活習慣／	おおきく生活が変化された時期／		
職歴／			
趣味／			
過去		現在	
視力：	右：良好／低下	左：良好／低下	難聴： 有（右・左）／無
視野狭窄：	有（右・左）／無	眼鏡 有／無	補聴器：集音器 有（右・左）／無
白内障：	有（右・左）／無	術後：有（右・左）／無	緑内障：有（右・左）／無
意思疎通／可能・やや困難・困難（トイレ、居室がわからない）		ナースコールの理解：有・無	
言語障害：有／無（構音障害・失語症） 軽度・中等・重度			
ADL状況			
麻痺／無・有（右・左 上肢・下肢・両方・以外）			
起き上がり／自立・見守り・背中を支える・全介助			
寝返り／自立・定時交換（体位枕：有・無） 布団使用・ベッド使用（ベッド柵あり・なし）			
座位保持／自立・一部介助（椅子可）・全介助（座位保持時間 分位可）			
立ち上がり／自立・見守り・つかまり立ち・立ち上がり介助（ズボン引き上げ）・全介助			
移乗／自立・見守り・立ち上がり介助・方向転換介助・全介助 介助バー（有・無）			
移動方法／独歩・杖歩行・歩行器・車椅子 移動／自立・見守り・付き添い介助・全介助			
転倒の危険／あり・なし			
危険内容／			
対策／			
入浴形態／一般浴（手引き・シャワーチェア）・シャワー浴・リフト浴（座式）・機械浴			
洗身動作／自立・手の届く範囲で洗える・洗い直し介助・全介助			
口腔ケア動作／自立・義歯出し入れ介助・義歯洗浄介助・準備介助自己洗浄・自己うがいのみ			
夜間義歯預かり・義歯食事時のみ装着			

